# Adamantinoma solidum

---

## Auszug

aus der

**Inaugural-Dissertation**

zur Erlangung der

**Zahnärztlichen Doktorwürde**

an der

**Friedrich-Wilhelms-Universität**
**zu Berlin**

von

**Klara Merkel**
aus Berlin

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Tag der Promotion: 30. März 1920

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 29

910

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

D e k a n : Prof. Dr. **Rubner**
R e f e r e n t : Prof. Dr. **Williger**

Verfasserin zeigt, nachdem sie vorher kurz auf die Zahnentwicklung eingegangen ist, an vier Tumoren eine Entwicklungsreihe des soliden Adamantinoms von der einfachsten Gestalt bis zum Uebergang in das multilokuläre Kystom oder Adamantinoma cysticum.

Sie vergleicht ihre Fälle mit den von Kruse angegebenen, und stellt fest, daß die beiden Geschwülste, die sie zuerst beschreibt, nur bisher von Kruse in seinem Fall I dargestellt sind.

Makroskopisch sind die soliden Adamantinome in zwei Gruppen einzuteilen:

a) Geschwülste mit durchweg soliden Maßen;

b) Geschwülste, die kleinere oder größere Zysten neben soliden Massen — letztere müssen allerdings überwiegen — aufweisen.

Mikroskopisch sind 4 Gruppen zu unterscheiden:

I. Gruppe: Geschwülste mit nur soliden Zapfen, die selten Zylinderepithel bilden.

2. Gruppe: Geschwülste mit soliden Zapfen mit deutlichem peripheren Zylinderzellensaum und beginnender Sternzellenbildung.

3. Gruppe: Tumoren, die teils aus soliden Massen, teils aus Zapfen, die in ihrem Innern Sternzellen bergen, bestehen und einzelne kleine Zysten enthalten.

4. Gruppe: Geschwülste, die neben soliden Massen und sternförmigen Zellen deutliche Zysten zeigen.

Falkson war der erste, der darauf hinwies, daß diese Geschwülste irgendwie mit dem Schmelzorgan in Verbindung zu bringen seien. Kruse führte diesen Gedanken weiter aus und zeigte, daß die einzelnen Gruppen vergleichbar seien mit verschiedenen Stadien der Zahnentwicklung. Verfasserin zeigt dies an der von ihr beschriebenen Entwicklungsreihe ebenfalls.

Die verschiedensten Theorien über die Entwicklung der Adamantinome sind aufgestellt worden. Magitot und Malassez

sind hier besonders zu nennen. Auf die Lehre von den „débris épithéliaux paradentaires“ wird vor allem eingegangen.

Ueber die Aetiologie der Adamantinome herrscht keine Klarheit. Die meisten Autoren stehen, indem sie die Lehre von Malassez anerkennen, auf dem Boden der Cohnheimschen Theorie. Die persistierenden embryonalen Zellreste, die hier in Betracht kommen, sind Knospen der Schmelzleiste, die durch irgendwelchen Reiz, der vermehrte Blutzufuhr bedingt, zur Geschwulstbildildung Veranlassung geben. Je nach dem Entwicklungsgrad, den diese embryonalen Ueberreste nun erreicht haben, zur Zeit da der Reiz sie trifft, entstehen Geschwülste vom Bau der oben erwähnten 4 Gruppen.

Zähne, die bisweilen in den Geschwülsten gefunden werden, haben mit deren Entstehung nichts zu tun; sie sind nachträglich von den Tumoren umwachsen.

Adamantinome sind benigne Geschwülste; sie haben nur eine maligne Eigenschaft; der geringste zurückgelassene Rest gibt Anlaß zu Rezidiven. Die Therapie besteht in Exartikulation der betreffenden Kieferhälfte, wenn die Geschwulst die ganze Breite des Kiefers einnimmt, sonst Exstirpation. (Williger.)

Differentialdiagnostisch kommen primäre Tuberkulose, Sarkom und Karzinom in Frage. Einwandfrei kann die Diagnose nur nach dem histologischen Befund einer Probeexision gestellt werden.

Zum Schluß betont die Verfasserin nochmals, daß das Adamantinoma solidum und das Adamantinoma cysticum prinzipiell zusammengehören. o